



7) 全身的な疾患で現在あるいは過去に通院をしていますか。

A.ある

B.ない

- 1.心臓
  - ・狭心症
  - ・動脈硬化症
  - ・ペースメーカー使用
  - ・その他
- 2.肝臓
  - ・肝炎 (A、B、C、アルコール)
  - ・慢性肝炎
  - ・肝硬変
  - ・その他
- 3.腎臓
  - ・透析中
  - ・その他
- 4.血圧
  - ・高血圧 (最高\_\_\_\_\_mmHg、最低\_\_\_\_\_mmHg)
  - ・低血圧 (最高\_\_\_\_\_mmHg、最低\_\_\_\_\_mmHg)
- 5.糖尿病
  - ・経口血糖降下薬服用中
  - ・インシュリン注射中
  - ・空腹時血糖は? \_\_\_\_\_mg/dl
- 6.脳梗塞
- 7.胃
- 8.エイズ
- 9.その他

8) 現在妊娠していますか。

A.はい (    ヶ月)

B.いいえ

C.わからない



にしお歯科・小児歯科医院

☎ 079-456-8558